

ANNÉE 1925

THÈSE

N^o 179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

MARGUERITE CZETTEL

Née à Alba-Julia (Roumanie), le 15 Septembre 1901

Travail du Service du Docteur Paul MATHIEU

L'Orchidopexie Transseptale et Transdartoïque

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

179

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

MARGUERITE CZETTEL

Née à Alba-Julia (Roumanie), le 15 Septembre 1901

Travail de Service du Docteur Paul MATHIEU

L'Orchidopexie Transseptale et Transdartoïque

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique
BLANCHETIERE . . .	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.*

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL MATHIEU

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILMOTH

Qui m'a constamment aidée.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Les Ectopies testiculaires

Les testicules se développent en pleine cavité abdominale, des deux côtés de la colonne lombaire. C'est vers la fin du troisième mois qu'ils abandonnent les lombes et descendent, en traversant la fosse iliaque, jusqu'à l'orifice inguinal interne, où ils arrivent le sixième mois. Puis ils entrent dans le canal inguinal et le parcourent. En général, ils arrivent dans le scrotum avant la fin de la vie fœtale.

La migration est défectueuse lorsque le testicule est dévié du trajet, qu'il parcourt normalement, se déplace et se porte, soit sous la paroi de l'abdomen, soit vers la racine de la cuisse, soit au périnée.

Le testicule peut être arrêté dans un point quelconque de son trajet de descente. D'après le point d'arrêt, l'ectopie peut être abdominale, iliaque ou inguinale. C'est l'ectopie inguinale qu'on voit le plus fréquemment, les autres modalités sont des raretés.

L'ectopie n'a pas de symptomatologie jusqu'à la période de la puberté, quand la glande génitale achève son développement et commence à fonctionner. Le testicule devient douloureux à ce moment et l'enfant peut souffrir de véritables crises névralgiques. On peut voir apparaître la symptomatologie impressionnante d'un étranglement

aigu, qui oblige l'opérateur à faire une intervention d'urgence. Plus tard, le testicule ectopié est exposé aux complications : localisation d'une blennorragie; l'orchite ectopique blennorragique est toujours grave. Un testicule ectopié serait assez souvent le siège d'un néoplasme.

On ne doit pas attendre ces redoutables complications. On doit opérer toutes les ectopies avant l'âge de la puberté, c'est-à-dire avant 8 à 10 ans. Il n'y a aucun inconvénient à opérer les enfants très jeunes, mais il ne faut jamais attendre que l'enfant dépasse 8 ans, parce que, si la migration ne s'est pas faite à cet âge, elle ne se fera plus spontanément et l'enfant est exposé aux complications étudiées plus haut.

L'opération à faire est l'orchidopexie.

L'Histoire de l'Orchidopexie

L'orchidopexie est une opération qui consiste dans l'abaissement et la fixation en situation normale d'un testicule ectopié.

L'orchidopexie a été réalisée en 1820. C'est Kocher (de Munich) qui, pour la première fois, employa la méthode sanglante pour la mise en place du testicule ectopié. Adams, Chelius, Curling l'ont suivi, mais les résultats furent désastreux. Ces succès ont rebuté les chirurgiens; aussi, en 1882, Kraske se prononçait nettement pour la castration, si le sac herniaire était très adhérent au testicule.

Cependant, l'orchidopexie prévalut peu à peu et la castration n'est guère plus pratiquée actuellement que dans les cas où le testicule est nettement inutile ou s'il ne peut être abaissé. La technique se perfectionna, les chirurgiens essayèrent différents procédés pour la fixation du testicule.

A l'étranger, ce sont Max Schüller, Horsley, Nicoladoni, Albert (de Vienne), Sonnenburg, et puis plus tard Witzel (de Düsseldorf), qui luttèrent pour l'orchidopexie et contre la castration, dont Kraske s'était fait le défenseur.

A Paris, la question a été soulevée plusieurs fois à la Société de Chirurgie. Richelot, Lucas Championnière, Berger, Tuffier essayèrent d'apporter des améliorations à la technique. Il y avait un certain nombre de chirurgiens comme Tuffier, Richelot, Souligoux, Peyrot et Kirmisson, qui empêchèrent la réascension du testicule abaissé soit en formant dans toute la longueur du cordon, aux dépens des éléments fibreux voisins, « une gaine solide qui lui sert pour ainsi dire d'attelle », soit en fixant solidement le cordon aux piliers de l'anneau inguinal ou à l'aponévrose abdominale.

Certains chirurgiens fixèrent le testicule à la peau du scrotum (rétraction en doigt de gant), à la cloison médiane des bourses, à l'autre testicule, à la cuisse, au périnée; à cette fixation on adjoint parfois, et d'une façon temporaire, une traction au moyen d'un fil élastique. On a imaginé même des appareils de traction élastique ou a poulie pour fixer le testicule par l'extérieur.

C'est avec Walther que l'orchidopexie fait un grand progrès, mais malheureusement son procédé reste longtemps ignoré par ses collègues. Son procédé appartient à la fois aux deux méthodes de fixation, puisque la fermeture de l'orifice créé dans la cloison des bourses le retient mécaniquement, mais il est soumis à une traction permanente par l'action de la cloison élastique des bourses.

Son procédé est le suivant, d'après ses propres paroles (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. Monod : « Sur le procédé de l'orchidopexie du docteur Ch. Walther) :

L'Orchidopexie du Dr Walther

1. *Incision cutanée.* — L'incision cutanée doit remonter sur le canal inguinal et descendre sur le scrotum jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessous de la racine des bourses. Le tissu cellulaire-sous-cutané est en même temps rapidement incisé pour mettre à nu l'aponevrose du grand oblique et le cordon.

2. *Incision du canal inguinal.* — L'anneau inguinal superficiel étant bien exposé, ses deux bords repéré avec des pinces, la paroi antérieure est incisée au bistouri sur une hauteur suffisante pour mettre à découvert le canal tout entier.

3. *Libération du cordon.* — Les éléments du cordon doivent être libérés très haut et très complètement. Il ne suffit pas de les débarrasser de leurs adhérences aux parois du canal inguinal, à l'orifice inguinal profond, au cul-de-sac péritonéal, où, comme l'ont montré Berger et L. Championnière, on trouve toujours une amorce de hernie; lorsque, ce qui est rare, l'ectopie n'est pas accompagnée de hernie vraie. Il faut encore, dans les cas difficiles, à cordon très court, pousser cette libération plus loin, jusque dans l'abdomen, en décollant le péritoine, d'une part, le long des vaisseaux spermatiques, d'autre

part, le long du canal déférent. On est parfois obligé de dégager ce dernier presque jusqu'à sa terminaison, en décollant avec le doigt dans le fond du bassin.

Lorsque l'ectopie est, comme d'ordinaire, accompagnée de hernie, il semble bon de couper le conduit vagino-péritonéal, de façon à garder à son extrémité inférieure une poche capable de recouvrir le testicule.

Ces diverses parties sectionnées, la brièveté du paquet vasculaire antérieur, groupe de l'artère et des veines spermatiques, s'oppose en général encore à la descente du testicule.

On arrive le plus souvent à triompher de cet obstacle par des tractions douces, au besoin par des incisions superficielles étagées tous les deux à trois centimètres à la surface du paquet veineux, incisions qui divisent simplement la mince lame fibreuse rétractée et trop courte, épaissie par places, qui engaine ces veines. Ces incisions partielles ne comprenant que le tiers ou la moitié de la circonférence du paquet vasculaire et faites les unes sur sa face antérieure, les autres sur sa face postérieure, permettent le plus souvent à la traction progressive d'obtenir un allongement suffisant des vaisseaux, pour abaisser le testicule jusqu'au point voulu. Si ces manœuvres ne suffisent pas, il faut sacrifier d'abord quelques-unes des veines les plus superficielles, et, d'ordinaire, ce qui reste des veines profondes se laisse allonger.

Rarement on sera conduit à sectionner presque complètement tout le paquet vasculaire antérieur.

4. *Cure radicale de la hernie.* — La cure radicale soit de la hernie constituée, soit de l'amorce de hernie, repré-

sentée par le petit cul-de-sac adhérent au cordon au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, est faite suivant les règles habituelles. Le sac, une fois lié et réséqué, la réparation de la paroi postérieure du canal inguinal est faite suivant le procédé Bassini, en suturant le petit oblique et le transverse à l'arcade crurale par deux ou trois points en U au crin de Florence (catgut chez l'enfant).

5. *Effondrement du tissu cellulaire des bourses et incision de la cloison.* — Le tissu cellulaire est effondré avec le doigt dans la moitié vide du scrotum, le plus loin possible, jusqu'à la partie inférieure de la cloison au niveau du raphé des bourses. Puis l'on procède à l'incision de la cloison ainsi bien mise à découvert. Cette incision doit être faite un peu bas. Le mieux est de lui donner une direction verticale.

C'est là un temps difficile de l'opération. La cloison des bourses n'est pas, en effet, une lame unique, mais bien une série de lames, qu'il est facile de dédoubler et entre lesquelles pourrait se perdre un décollement maladroit; la difficulté, lorsqu'on pratique cette boutonnière, est de savoir à quel moment précis on a traversé toute l'épaisseur de la cloison, à quel moment on se trouve dans la loge du côté opposé. Le meilleur procédé semble être, de saisir de la main gauche le testicule sain et de tendre sur lui avec le pouce et l'index la cloison tout entière. Le testicule est maintenu en position fixe pendant toute la durée de la traversée de la cloison, par les trois derniers doigts de la main gauche et à aucun mo-

ment de l'incision, cette main gauche ne doit changer de position.

Il peut arriver en effet, si l'on abandonne le testicule, si on le laisse glisser entre les doigts, que l'incision dévie un peu et que le bistouri se trouve conduit, non plus sur le testicule, mais sur l'enveloppe des corps caverneux, dont l'aspect et la consistance peut induire en erreur.

Le testicule étant ainsi tenu en position fixe, la cloison bien tendue à sa surface par le pouce et l'index, l'incision est faite au bistouri, couche par couche, et au fur et à mesure, ces lames superposées de la cloison sont repérées de chaque côté avec des pinces. L'incision est conduite ainsi avec précaution jusqu'à ce que le testicule sain apparaisse recouvert d'une membrane très mince. A ce moment, l'index droit est plongé à travers l'incision et permet de sentir si la cloison est tout entière divisée. Ce n'est donc que par tâtonnements que l'on arrive à couper les dernières lames de la cloison.

Une fois l'incision terminée, toutes ces lèvres de lames successives ayant été solidement saisies par des pinces, le doigt pénètre librement dans la moitié opposée des bourses et à ce moment le testicule ectopié abaissé peut être à son tour mis en place.

6. *Passage du testicule ectopié à travers la boutonnière de la cloison et suture de la boutonnière.* — Les pinces appliquées aux lèvres de la boutonnière attirant celles-ci en haut, le testicule est refoulé avec le doigt à travers cette boutonnière. On l'y introduit assez facilement; il est difficile de l'y maintenir. Il tend toujours à s'échapper par l'orifice; il doit donc être immobilisé soit avec le

doigt, soit avec une pince et immédiatement les points de suture sont appliqués au-dessus et au-dessous du cordon, pour rétrécir l'orifice et fixer le testicule dans sa nouvelle position. J'emploie toujours, pour cette suture, des points séparés, au catgut n° 1, deux ou trois points à la partie inférieure, un ou deux points au-dessus du cordon suffisent, en général, à rétrécir l'orifice de la quantité voulue. Il faut que le nouvel orifice rétréci enserre suffisamment le cordon pour s'opposer à l'issue du testicule; il ne faut pas que la constriction du cordon soit trop grande, pour ne pas gêner la circulation. Il est prudent d'ajouter à cette suture de la boutonnière un ou deux points superficiels unissant la partie voisine de la cloison au cordon au-dessus de la boutonnière; les points soulagent la traction, que le testicule fait subir à la cloison.

7. *Suture de la peau.* — La suture de la peau peut être faite au crin de Florence à points alternants, les uns profonds, les autres superficiels. (Depuis 1912, on suture la peau et la fascia superficialis au catgut).

L'opération de M. Walther est tout à fait originale, bien que ce ne soit pas lui qui a fait, pour la première fois, l'incision de la cloison, car Villemin décrivit déjà en 1899 une orchidopexie dans laquelle il incise la cloison, mais seulement pour laisser apparaître le testicule opposé, auquel il fixe, par deux fils de soie, le testicule ecto-

pié et abaissé. Ici, c'est le cordon du côté sain qui empêche la réascension du testicule.

Mauclaire, au contraire, fait une large incision de la cloison pour pouvoir greffer le testicule ectopié sur le testicule bien situé. Dans ces deux derniers cas, le testicule abaissé reste toujours au milieu et à la partie inférieure des bourses.

C'est M. Ombredanne qui suit le plus fidèlement l'opération de Walther : il ne fait qu'une petite transformation, par laquelle l'opération devient plus aisée dans les cryptorchidies doubles.

L'Orchidopexie transscrotale

(PROCÉDÉ D'OMBREDANNE)

1. L'opérateur se place dans tous les cas du côté droit et fait une incision longue de 4 à 6 centimètres au-dessus du canal inguinal. On fixe deux petits champs par deux agrafes de Michel sur les lèvres de l'incision. L'aide écarte les lèvres de l'incision. L'opérateur dégage et nettoie l'aponévrose du grand oblique avec son index coiffé d'une compresse, puis il incise.

2. L'aide écarte les deux lèvres de l'aponévrose incisée et en ce moment le testicule apparaît comme une petite masse contenue dans le canal péritonéo-vaginal. L'opérateur insinue son doigt facilement au-dessous du testicule et il le soulève. On voit que le testicule est rattaché par le gubernaculum testis (masse fibro-adipeuse) à l'intérieur de la bourse. On coupe le gubernaculum entre deux ligatures.

3. Après qu'on a ainsi libéré le testicule, on va à la recherche du sac herniaire, qui accompagne presque toujours le testicule ectopié. On incise transversalement la partie antérieure du canal péritonéo-vaginal, puis on oblitère sa partie supérieure avec un catgut. Enfin, on fait

passer une anse de catgut par le fond de la vaginale testiculaire d'une part et, d'autre part, dans le canal péritonéo-vaginal du côté opposé au canal déférent et à la hauteur du pôle supérieur du testicule.

4. L'opérateur repère le raphé médian du scrotum en plaçant deux pinces de Kocher sur le raphé, l'une sous la verge, l'autre sur le point déclive de ce raphé. Il creuse un chemin vers le fond de la bourse du côté opposé, en passant son index par l'angle inférieure de la plaie inguinale. Lorsque le doigt arrive au fond du scrotum, il s'appuie à la cloison médiane des bourses, refoule celle-là vers la partie latérale du scrotum, du côté opposé à l'opération, en faisant remonter par ce mouvement le testicule normal. L'opérateur fait une incision de deux à trois centimètres sur le flanc du scrotum (opposé à l'opération). Sous la pression de l'index on voit apparaître au fond de l'incision, la cloison des bourses. En ce moment l'aide repère la cloison refoulée par le doigt, en la soulevant par les deux pinces de Kocher préalablement posées sur les points supérieurs et inférieurs. L'opérateur incise la cloison verticalement. L'incision faite, l'index apparaît. L'opérateur appuie une pince de Kocher fermée, sur le bout de son index sorti par l'incision. Il retire son index suivi par la pince, qui va sortir par la plaie inguinale, où on place entre ses deux mors, le catgut qu'on a passé dans la vaginale testiculaire. La pince se referme et entraîne ce double fil en rétrogradant et en amenant le testicule avec lui.

5. Le testicule franchit la boutonnière de la cloison. L'opérateur met quelques points de suture de catgut sur

l'incision de la cloison au-dessus et au-dessous du testicule, pour l'empêcher de remonter, puis il ferme le scrotum par un surjet à la soie fine.

6. Restauration de la région inguinale.

L'Orchidopexie transseptale et transdartoïque

A la technique de M. Ombredanne, M. Mathieu a apporté une modification qui simplifie l'exécution de l'orchidopexie proprement dite et qui, d'autre part, constitue un procédé efficace, en utilisant les propriétés physiologiques du dartos.

Voici la technique employée par M. Mathieu :

Après aseptie du champ opératoire, la verge est encapuchonnée et rabattue du côté opposé à l'incision pariétale. Le raphé médian scrotal est repéré à ses deux extrémités par des pinces de Chaput, comme dans le procédé de M. Ombredanne.

L'incision de la paroi pour découvrir le testicule est celle de la hernie, mais elle se prolonge en bas sur le pubis.

Le testicule découvert est libéré des attaches qui unissent son pôle inférieur au plan superficiel de la région inguinale.

Le cordon étant isolé de l'arcade crurale, on l'étale sous les yeux. Le canal déférent est repéré. Le mince sac herniaire, qui existe presque constamment, doit être libéré soigneusement des éléments du cordon et lié à la base. Cela fait, il faut encore détruire tout les éléments

fibreux du cordon, si bien que ce cordon sera composé de trois pédicules : le canal déférent, un gros pédicule vasculaire et un petit pédicule vasculaire. Grâce à ces manœuvres, le cordon a gagné une certaine longueur et le testicule peut être abaissé dans la région scrotale. A ce moment le premier temps inguinal est terminé.

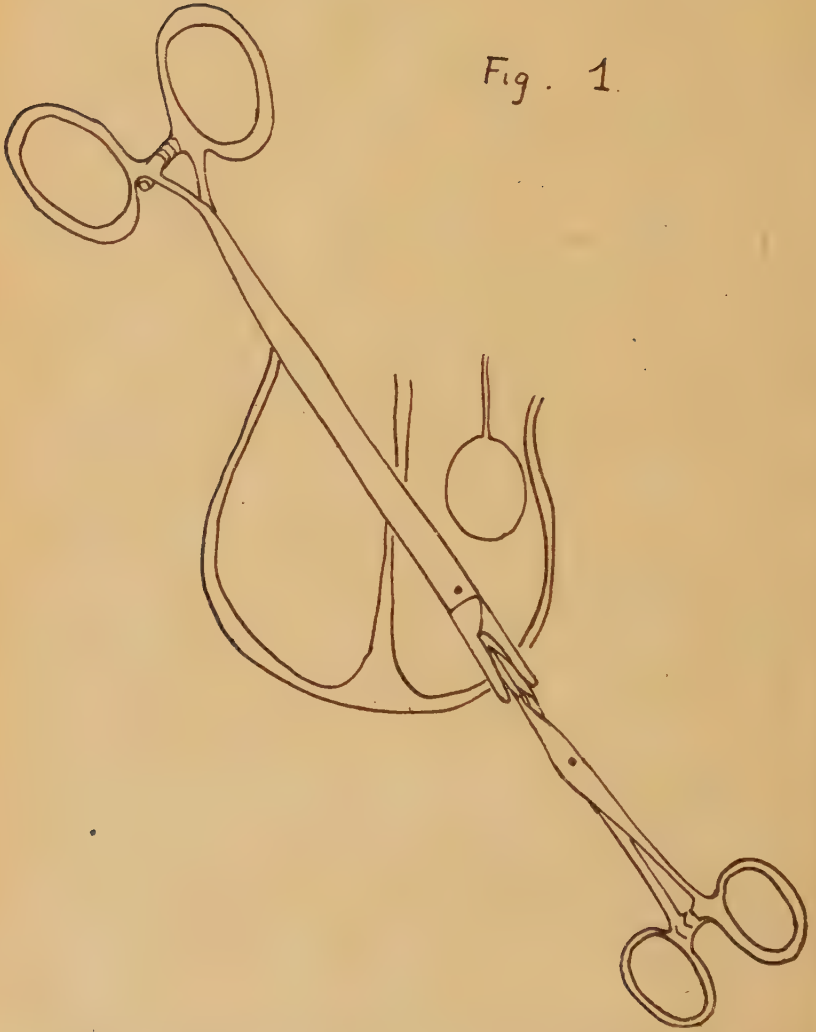
Le testicule étant enveloppé dans une compresse et isolé du champ opératoire, on passe au temps scrotal.

L'aide tenant les deux pinces de Chaput placées sur le raphé, établit la situation médiane du raphé en même temps que la situation de la cloison médiane des bourses.

L'opérateur introduisant dans l'extrémité inférieure de la plaie inguinale, une pince languette à bout mousse, doit viser, en enfonçant peu à peu cette pince languette, le point le plus éloigné du scrotum du côté opposé. La pince languette va refouler la cloison médiane, puis cela fait, ayant pénétré dans la bourse du côté opposé, l'opérateur continuant la pression sur la pince, son extrémité mousse tendant à sortir au niveau du point extrême visé, viendra se coiffer du dartos et de la peau. A ce moment l'opérateur confie à l'aide le soin de continuer la pression sur la pince languette, prenant le bistouri, il va faire sur la peau du scrotum, distendue par le bout mousse de la pince, *une très courte incision* (de quelques millimètres).

La peau scrotale sectionnée on voit la pince prête à perforer une courbe transparente, d'aspect fibreux, celle du dartos. Il importe que l'incision cutanée soit *très petite* d'une part, et, d'autre part, que l'incision n'entame en aucune manière ce dartos. En effet, tout le principe de

Fig. 1.



Pince-longue passée par le scrotum a attrapé la pince de Kocher

L'opération repose sur la fixation du testicule par l'élasticité de la cloison et du dartos. Cette élasticité ne peut se manifester qu'autant que les fibres élastiques, dartoïques sont intactes ou détruites sur une très petite étendue. Il ne faut donc pas les inciser, mais il faut que la pince languette pénètre à travers ce dartos par une douce effraction et cette manœuvre ne peut s'obtenir qu'avec une grande douceur et une pince dont le bout est arrondi.

Lorsque l'extrémité de la pince languette fait issue à travers la peau du scrotum on l'ouvre légèrement et on introduit entre ses mors l'extrémité d'une pince de Kocher. Cette pince de Kocher, solidement fixée entre les mors de la pince languette, va refaire en sens inverse, de bas en haut, le trajet suivi d'abord par la pince languette (fig. 1). Lorsque la pince de Kocher apparaît à l'extrémité inférieure de l'incision inguinale on enlève la pince languette, désormais inutile.

L'aide maintenant la pince de Kocher en place, l'opérateur passe dans les tissus fibreux, qui sont situés au-dessous du pôle inférieur du testicule, une anse de catgut. Les deux chefs de cette anse de catgut sont prises et serrées par la pince de Kocher, très près du testicule (fig. 2). Cela fait la pince de Kocher entraînant le fil tracteur du testicule doit parcourir de haut en bas le chemin transseptal, trandartoïque. Au moment où le catgut tracteur apparaît, la pince de Kocher est enlevée, l'opérateur saisit de la main gauche le fil de traction, prenant les petits ciseaux mousses et courbés sur le plat, il va s'en servir comme d'un levier pour luxer en quelque sorte le testi-

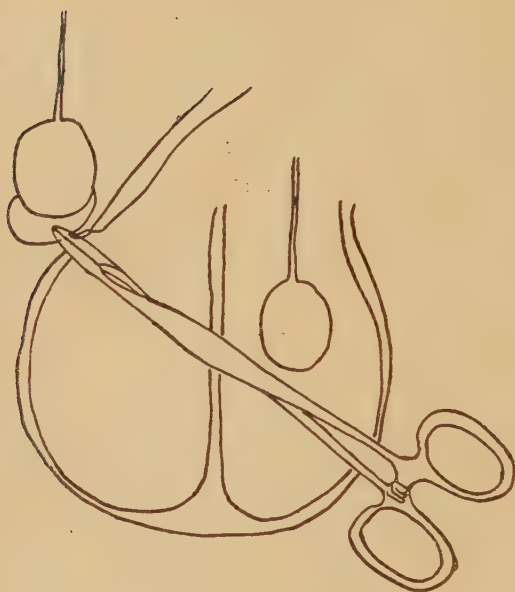


Fig. 2

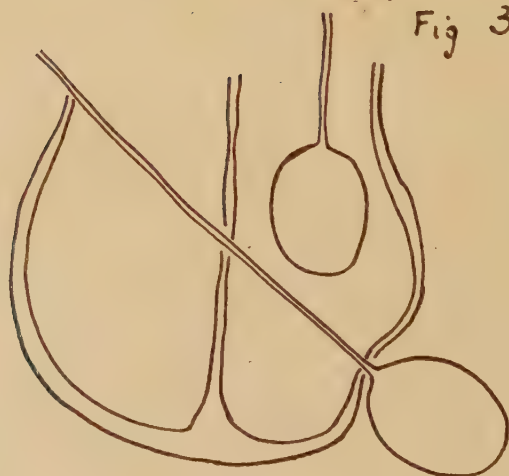


Fig 3.

cule à travers l'étroite boutonnière élastique du dartos. Il peut s'aider aussi de deux pinces de Chaput, écartant les deux lèvres de la petite ouverture dartoïque.

Cette manœuvre est habituellement facile et le testicule tiré par la main gauche fait brusquement hernie à un moment donné (fig. 3). Le fil de traction est enlevé et on se rend compte de l'efficacité du dartos, comme agent de fixation. Le testicule ne peut revenir en arrière. Grâce à l'élasticité de ce dartos et de la cloison, il est inutile de rétrécir la boutonnière par un point de catgut. Il reste maintenant à faire rentrer le testicule sous la peau. Grâce à une couche celluleuse lâche, interposée entre la peau et le dartos, le testicule est facilement refoulé sous la peau et il vient de se creuser entre peau et dartos une loge spacieuse (fig. 4).

Un seul point au crin sur la peau suffit à fermer l'orifice cutané. On se reporte à l'incision inguinale et dès maintenant on se rend compte de l'efficacité du dartos, car le cordon est tendu fortement et le testicule n'a aucune tendance à revenir dans sa position première (fig. 5).

L'opération se termine par une cure radicale en deux plans.

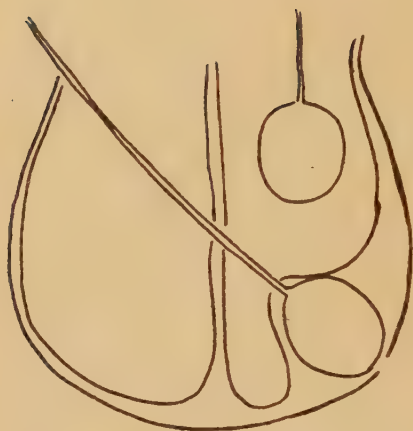
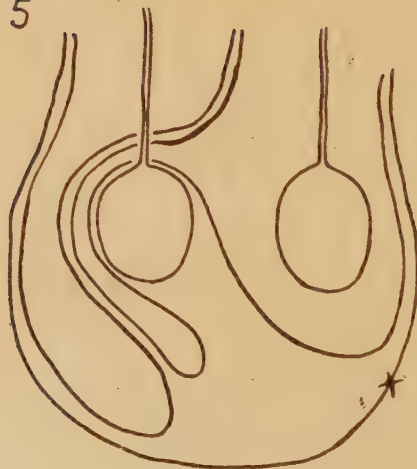


Fig. 4.

Fig 5



J'ai recherché les résultats des 47 orchidopexies trans-septales et transdartoïques faites par M. Mathieu à l'hôpital Bretonneau ou à l'hôpital des Enfants Malades, dans l'espace de 15 mois (du novembre 1923 jusqu'au février 1925). Ces cas cités ci-dessous prouvent que l'opération donne des résultats aussi satisfaisants que celle de M. Ombredanne, tout en étant plus simple.

NOM	AGE	NOM ET SITUATION DU TESTICULE ETOPIÉ	DATE DE L'OPÉRATION
Thiry M.	13 ans	testicule droit, dans le canal inguinal	3 novembre 1923
Vernings J.	10 ans 1/2	testicule droit à l'anneau inguinal superficiel	23 novembre
Rauch R.	12 ans	testicule gauche dans le canal inguinal	28 décembre
Pagé R.	11 —	testicule droit dans le canal ; gauche intra-abdom.	22 janvier 1924
Sellier R.	7 —	testicule gauche à l'anneau superficiel ; gauche pr.	23 janvier
Basc C.	11 —	les deux testicules sont dans les canaux inguinaux	12 février
Champion J.	11 —	testicule droit dans le canal inguinal	4 mars
Basque J.	12 —	testicule à l'orifice interne du canal inguinal	4 mars
Scalabrin J.	12 —	testicule droit dans le canal	18 mars
Drillant R.	12 —	testicule droit dans le canal	7 mai
Mayet J.	2 —	hernie et ectopie droite	14 mai
Allaire M.	13 ans 1/2	les deux testicules sont dans les canaux	16 mai
Gesnel P.	9 ans 1/2	testicule droit à l'anneau superficiel	23 mai
Person G.	10 ans 1/2	testicule gauche dans le trajet inguinal	13 juin
Salomon L.	8 ans	les testicules dans les canaux ; droit volumineux	24 juin
Tournier R.	11 ans 1/2	testicule droit petit	9 juillet
Cornier L.	13 ans 1/2	testicule gauche, gros à l'orifice inguinal superficiel	9 juillet
Sérigny S.	14 ans	testicule droit dans l'anneau	17 juillet
Maisonnier J.	12 —	les deux testicules dans les canaux	22 juillet
Pathé R.	11 —	les deux testicules sont courts ; test. gauche petit	24 juillet
Desavoy A.	7 —	testicule droit petit	2 août
Dardillac L.	9 —	testicule droit petit à l'anneau superficiel	24 août

Delannay M.	12 ans	testicule droit petit dans le canal	1 ^{er} septembre
Guilbert M.	11 —	testicule gauche dans le canal ; droit à l'anneau	10 septembre
Rausion A.	7 —	testicule gauche dans le canal	11 septembre
Fourès J.	10 ans 1/2	testicule droit faiblement abaissé *	11 septembre
Douchin H.	11 ans	ectopie double	16 septembre
Doudemont A.	12 —	ectopie gauche	23 septembre
Laumoin	11 —	ectopie gauche	24 septembre
Raison L.	14 —	testicule droit dans le canal ; gauche à l'anneau	7 octobre
Gespargès G.	15 —	testicule droit volumineux ; cordon court	10 octobre
Martinez E.	14 ans 1/2	testicule gauche volumineux	10 octobre
Basquin P.	6 ans	ectopie droite	20 octobre
Rouy J.	9 —	ectopie droite	24 octobre
Etoürneau F.	12 —	ectopie gauche	27 octobre
Lesrandres E.	14 —	testicule gauche à l'anneau superficiel	31 octobre
Léon N.	14 —	testicule gauche à l'anneau profond	5 novembre
Vauvèlle P.	3 ans 1/2	testicule droit petit à l'anneau superficiel	7 novembre
François R.	10 ans	testicule gauche oscillant	28 novembre
Pierre Ch.	10 ans 1/2	ectopie gauche	7 janvier 1925
Santrapt J.	12 ans 1/2	ectopie bilatérale	20 janvier
Philippe R.	2 ans 1/2	testicule droit dans le canal inguinal	7 février
Riéga A.	4 ans	testicule gauche à l'anneau superficiel	11 février
Bassneau	4 —	testicule droit à l'orifice inguinal superficiel	15 février
Henri M.	11 ans 1/2	testicule droit à l'anneau superficiel	16 février
Afflèscis A.	9 ans	test. droit à l'anneau superficiel ; gauche oscillant	23 février
Plet M.	10 ans 1/2	testicule droit à l'anneau superficiel	27 février

Dans ces 47 cas cités, le résultat fut tout à fait satisfaisant. Les enfants ont subi l'opération et sont guéris. Le scrotum a un aspect normal sans rétraction et le testicule est en bonne position.

Ce qui fait les avantages de ce procédé, c'est qu'il est plus simple et par cela moins long à faire. Comme M. Mathieu fait une boutonnière très petite pour faire passer le testicule par le dartos et la peau, il n'a pas besoin de mettre des points de catgut sur la cloison pour empêcher le testicule de remonter. Le dartos se rétracte et tient fixe le testicule.

La seule chose qui peut arriver quelquefois, c'est que si le testicule est trop petit, il remonte malgré que l'orifice était minime. Dans ce cas, il faut employer le procédé d'Ombrédanne, mettre des points de catgut au-dessus et au-dessous du testicule, sur la cloison. M. Mathieu a été obligé de recourir deux fois à cette modification.

Comme nous voyons, l'opération a beaucoup d'avantages, elle est donc conseillée dans tous les cas d'ectopie testiculaire !

Conclusions

M. Mathieu a apporté une modification à la technique de M. Ombrédanne qui simplifie l'exécution de l'orchidopexie proprement dite et qui, d'autre part, constitue un procédé efficace, en utilisant les propriétés physiologiques du dartos et de la cloison.

En se basant sur l'élasticité de la couche dartoïque, M. Mathieu y pratique un tout petit orifice, à travers lequel le testicule est attiré avec force. Le testicule ayant franchi à frottement dur la boutonnière dartoïque, celle-ci se rétracte grâce à son élasticité et s'oppose au retour du testicule dans la couche profonde de la bourse.

Le procédé modifié par M. Mathieu est très simple et a donné des résultats constamment satisfaisants dans les interventions pour ectopie testiculaire (47 cas au moins à la date actuelle) pratiquées dans son service de l'hôpital Bretonneau et à la Clinique de chirurgie infantile des Enfants Malades.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

1. Congrès français de Chirurgie, 1906. — Rapport de M. Villard.
 2. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1912. — MONOD : Sur le procédé de l'orchidopexie du Docteur Ch. Walther.
 3. Chirurgie infantile, Prof. Broca.
 4. Technique chirurgicale infantile, Ombredanne.
 5. FORGUE. — Pathologie externe.
 6. MARION. — Manuel de technique chirurgicale.
-

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

